



Přednemocniční neodkladná péče o novorozence
bezprostředně po porodu

Studijní opora

Pavčina Msiurczáková

Mgr. Marie Froňková

Liberec 2020





Obsah

Seznam použitých zkratek a symbolů.....	3
1 Úvod	5
2 Zhodnocení stavu rodičky a postupujícího porodu	6
2.1 Fyzikální vyšetření rodičky	6
2.2 Anamnéza	7
2.3 Zvážení transportu	7
3 Příprava k porodu	9
3.1 Porodnický balíček	9
3.2 Edukace rodičky	11
4 Vedení porodu.....	13
5 Prvotní ošetření novorozence	15
5.1 Apgar skóre.....	17
6 Ošetření rodičky	19
7 Vedení zdravotnické dokumentace	20
8 Transport do zdravotnického zařízení	21
9 Modelové situace.....	22
9.1 Modelová situace A	22
9.2 Modelová situace B	22
Seznam použitých zdrojů.....	23
Seznam tabulek.....	25
Seznam obrázků.....	26



Seznam použitých zkratk a symbolů

%	procento
°C	Celsiův stupeň
cm	centimetr
EKG	elektrokardiografie
HBsAg	hepatitida B – povrchový antigen
HIV	Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti
KPR	kardiopulmonální resuscitace
min	minuta
ml	mililitr
mmHg	milimetr rtuťového sloupce, Torr
Obr.	obrázek
P	pulz
pO ₂	parciální tlak kyslíku
PPH PII	poloha podélná hlavičkou, postavení druhé (záda plodu vpravo)
RV	rendez-vous
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
s.	strana
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
Tab.	tabulka
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
tt.	týden těhotenství

ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	zdravotnická záchranná služba
ZŽF	základní životní funkce





1 Úvod

Studijní opora do předmětu Neodkladná péče v gynekologii a porodnictví se zabývá přednemocniční neodkladnou péčí o novorozence bezprostředně po porodu. Tuto péči popisuje v oblastech zhodnocení stavu rodičky a postupujícího porodu, příprava k porodu a jeho vedení, ošetření rodičky, prvotní ošetření novorozence, vedení zdravotnické dokumentace a transport do zdravotnického zařízení. V závěru studijní opory jsou k nalezení modelové situace k procvičování.

Cílem opory je poskytnutí stručného přehledu jednotlivých kroků v daném tématu a doporučení vhodné literatury k prostudování. Studijní opora je určena pro studenty studijního oboru Zdravotnické záchranářství.





2 Zhodnocení stavu rodičky a postupujícího porodu

Vše záleží na průběhu předchozích porodů, anamnéze, kontrakcích, připravenosti porodních cest a dojezdového času do porodnice. Základem je zjištění stádia porodu před samotným porodem (Šeblová et al., 2013).

2.1 Fyzikální vyšetření rodičky

Rodičku vyšetřujeme v poloze vleže na zádech s podložkou (polštářem), kolena mírně pokrčená a lehce zvednutá ramena. Břicho vyšetřujeme bez oděvu, ideálně se zahrátýma rukama (Procházka a Pilka, 2018). Vyšetření by mělo zahrnovat: změření TT, TK a pulz, celkové fyzikální vyšetření, zevní a vnitřní porodnické vyšetření a natočení EKG (Binder et al., 2011).

Zevním vyšetřením lze palpačně zjistit uložení plodu a odhadnout jeho přibližnou velikost. Pomocí zevních Leopoldových hmatů lze zpravidla snadno nahmatat pozici hýždí a hlavičky plodu. Hýždě jsou na pohmat měkké, zatímco hlavička je nepoddajná a tvrdá (Hruban et al., 2016). Tyto hmaty se obtížně provádějí u obézních žen. Samotná palpace může být pro některé ženy zvláště nepříjemná, především pro ty, které nejsou schopny se uvolnit či správně nepolohovat (Procházka a Pilka, 2018).

Vnitřní vaginální vyšetření se provádí bimanuálně. Vyšetření provádíme velmi šetrně a nemělo by u těhotné ženy vyvolat pocit ohrožení těhotenství či způsobit potrat. Pacientka by měla mít před vyšetřením prázdný močový měchýř. Prsty zevní ruky stlačujeme břišní stěnu těsně nad stydkou sponou. Druhou rukou si palcem a malíkem rozhrneme malé stydké pysky, ukazovák a prostředníček šetrně zavádíme hluboko do pochvy. Postupně zjišťujeme elasticitu poševního vchodu a poševních stěn, propustnost porodního kanálu. Dále vyšetřujeme rozvinutí porodní branky. Také zjišťujeme, zda se u ženy neobjevuje zahnědlý výtok či krvácení (Procházka a Pilka, 2018).

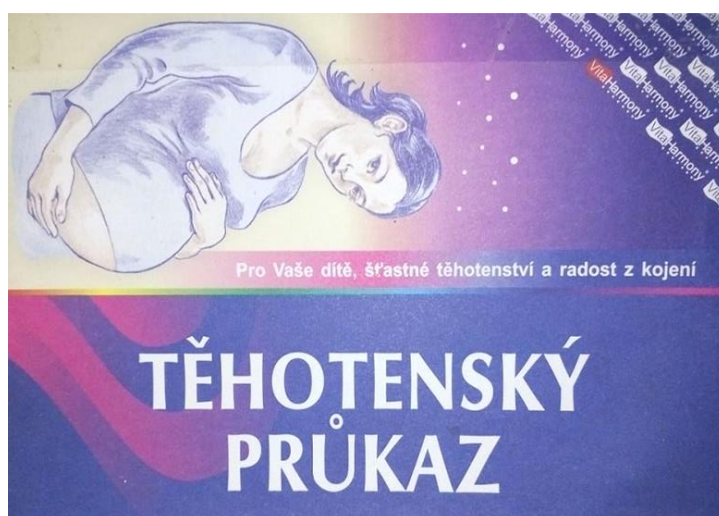


2.2 Anamnéza

Pokud nám rodička není schopna sdělit důležité informace, můžeme je získat z těhotenského průkazu, který by měla mít vždy u sebe. Vhodné je zjistit aktuální měsíc nebo týden těhotenství, pokolikáté rodí, zda odtekla plodová voda či nikoliv, kdy započaly kontrakce a jejich aktuální frekvence a intenzita, jestli se rodička s něčím léčí, popřípadě komplikace v průběhu těhotenství (Vlk, 2015). Zaznameneáme si vše, co by mohlo porod, zdraví a život těhotné ženy i plodu negativně ovlivnit (Binder et al., 2011).

2.3 Zvážení transportu

Transport je možný (malá pravděpodobnost porodu během transportu), jestliže jsou mezi kontrakcemi intervaly okolo pěti minut, přítomna bolest nad symfýzou nebo kolem kosti křížové. Transport je možný (vysoká pravděpodobnost porodu během transportu), jestliže jsou přítomny silné kontrakce v intervalech okolo tří minut a ustupující tlak na konečník po skončení kontrakce. Transport je hraničně možný, pokud je porodnice vzdálena do 5 minut (porod je velmi pravděpodobný ještě před transportem), jestliže jsou kontrakce silné v intervalech 2-3 minut a po kontrakci neustupující trvalý tlak na konečník. Transport je kontraindikovaný při silných kontrakcích s frekvencí pod 2 minuty s výrazným tlakem na konečník, pocitem tlaku i na hrázi, nutkáním neustále tlačit, a pokud již při tlačení vidíme prořezávající se hlavičku (Šeblová et al., 2013).



Obr. 1 Těhotenský průkaz 1/2 (zdroj: autor)



Anamnéza				
CAVE! Závažná rizika				
Rodinná anamnéza				
VVV v rodinné anamnéze				
Osobní anamnéza				
Interní nemoci				
Operace				
Alergie				
Transfúze				
Užívá lék				
Gynekologická anamnéza				
Onemocnění				
Menses od _____ let Cyklus: _____ / _____				
Porody				
Rok	Způsob porodu	Pohlaví	Hmotnost	Poznámka
Potraty (včetně GEU)				
Rok	Typ abortu	Týden	Poznámka	
PM termín porodu podle PM nástup MD termín porodu podle UZ				
Pánev				
d. bispinalis	d. bicristalis	d. bitrochanterica	c. externa	
Komplikace v nynějším těhotenství				

Záznamy gynekologa		
Jiná odborná vyšetření	Datum	Výsledek
Hospitalizace		
Pracovní neschopnost		
LTV a příprava k porodu		

Obr. 2 Těhotenský průkaz 2/2 (zdroj: autor)

Doporučená literatura

NUTBEAM, Tim a Matthew BOYLAN. 2013. *ABC of prehospital emergency medicine*. Chichester: John Wiley&Sons Ltd. ISBN 978-0-470-65488-0.

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. 2018. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.

REMEŠ, Roman et al. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

ŠEBLOVÁ, Jana et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0596-0.



3 Příprava k porodu

3.1 Porodnický balíček

Připravíme si porodnický balíček a pomůcky k prvnímu ošetření novorozence (Šeblová et al., 2013). Pohotovostní porodní souprava je povinnou výbavou sanitního vozu a odpovídá vyhlášce 296/2012 Sb. o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky (Česko, 2012).



Obr. 3 Porodnický balíček (zdroj: autor)

lůžka dítěte, odsávačku hlenu a sáček k uložení plodových obalů (Remeš et al., 2013).



Obr. 4 Obsah balíčku pro rodičku (zdroj: autor)



Obr. 5 Obsah balíčku pro novorozence (zdroj: autor)

3.2 Edukace rodičky

Rodičku uložíme na klidné a čisté místo. Necháme ji zaujmout polohu na zádech s roztaženými nohama a odstraníme oblečení, které by mohlo porodu bránit. Jestliže plodová voda již otekla, vysvětlíme rodičce, že by již neměla chodit. K tlačení ji vyzveme tehdy, až když je branka zašlá a hlavička dorotovaná v pánevní šíři (Binder et al., 2011). Slovně ji uklidňujeme a instruujeme při kontrakcích ke správnému dýchání a tlačení (Mixa, Heinige a Votruba, 2017). Rodička se nadechuje před vrcholem kontrakce, zadrží dech a tlačí směrem do konečníku a takto opakovaně po celou dobu kontrakce. (Binder et al., 2011). Maximální tlačení do konečníku by měla rodička vyvinout alespoň na 10 vteřin. Zadržení dechu se provádí pro využití břišního lisu (Šeblová et al., 2013).



Obr. 6 Poloha rodičky k porodu

Doporučená literatura

MIXA, V., P. HEINIGE A V. VOTRUBA, eds. 2017. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4643-5.

REMEŠ, Roman et al. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

ŠEBLOVÁ, Jana et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0596-0.



4 Vedení porodu

Způsob, jakým jednotlivé části rodícího se plodu procházejí porodním kanálem, se nazývá **porodní mechanismus**. Hlavička, raménka a pánevní konec – hýždě tvoří 3 velké části plodu. Podmínkou spontánního porodu lidského plodu je dodržení mechanismu těchto velkých částí a jejich časová návaznost. Za normálních okolností je hlavička nejnižší uloženou částí plodu. Obdobný mechanismus během porodu musí prodělat i raménka donošeného plodu (Binder et al., 2011).

Při prořezávání hlavičky přidržujeme palcem a ukazovákem hráz, aby nedošlo k jejímu poranění. Pokud při tlačení dojde k odchodu stolice, důkladně očistíme hráz zepředu dozadu, abychom předešli zanesení nečistot do porodních cest. Prořezávající hlavičku mírně přidržujeme druhou rukou. Nijak nebráníme jejímu prořezávání a přirozené rotaci. Po porodu hlavičky kontrolujeme, zdali není pupeční šňůra okolo krku dítěte. Pokud ano, opatrně ji prstem uvolníme přes hlavičku dítěte. Hlavička obvykle rotuje tváří k pravému stehnu rodičky. Po dokončení její rotace se rodí horní raménko, kterému můžeme napomoci lehkým tahem hlavičky směrem dolů. Následně se rodí spodní raménko, kterému můžeme napomoci lehkým tahem směrem nahoru. Novorozence si chytíme pod raménky a zbytek tělíčka nám snadno vyklouzne. S dítětem manipulujeme opatrně, je velmi kluzké (Mixa, Heinige a Votruba, 2017).



Obr. 7 Prořezávající se hlavička plodu

Doporučená literatura

BINDER, Tomáš et al. 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

MIXA, V., P. HEINIGE A V. VOTRUBA, eds. 2017. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4643-5.

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. 2018. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.



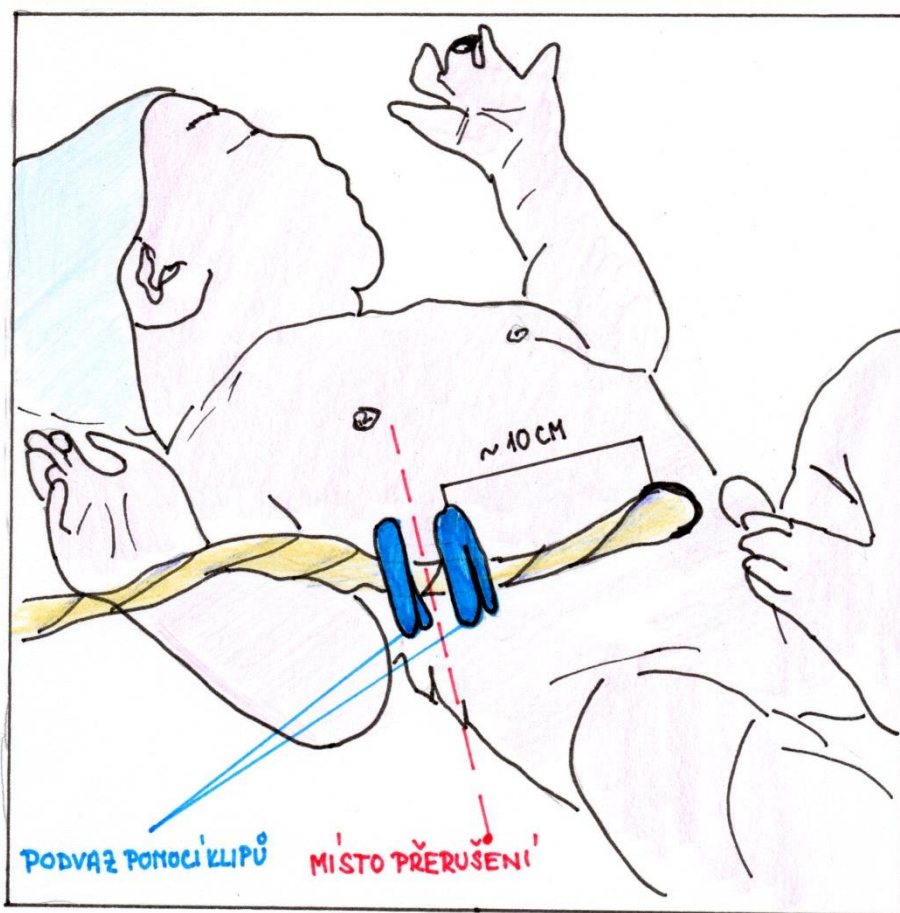
5 Prvotní ošetření novorozence

Vždy postupujeme s maximální šetrností (Dort, Dortová a Jehlička, 2018). Kromě ošetřování sledujeme i stav dítěte (Procházka a Pilka, 2018). Novorozence ošetřujeme v místnosti, ve které se teplota pohybuje mezi 24-26 °C (Procházka a Pilka, 2018). Cílem je zamezit rozvoji chladového stresu, který prohlubuje metabolickou acidózu a snižuje pO₂. Tělesnou teplotu po porodu udržujeme v rozmezí 36,5-37,5 °C, a to pomocí izotermické fólie a zvýšené teploty v místnosti, kde dítě ošetřujeme (Liška, 2016b). Dítě ihned po porodu osušíme rouškou nebo plenou, kterou poté vyměníme za suchou (Fendrychová a Borek, 2012). Otřením zmenšujeme tepelné ztráty a drážděním kůže stimulujeme dítě k prvním dechům (Klíma et al., 2016).



Obr. 8 Příprava plen k osušení novorozence

Podvaz pupečníku u donošených i nedonošených dětí se doporučuje odložit alespoň 1 minutu po porodu (platí pouze pro neasfyktické novorozence). V případě, že potřebujeme u novorozence po porodu zahájit resuscitaci, časně podvazujeme pupečník a začínáme s resuscitací (Liška, 2016b). Podvazujeme jej pomocí klipsu ve vzdálenosti přibližně 10 cm od pupku. Druhý klips umístujeme 2 cm nad ten předchozí, a mezi podvazy pupečník prostříhneme (Šeblová et al., 2013).



Obr. 9 Podvaz a přerušení pupečníku (zdroj: autor)

Pahýl pupeční šňůry ošetřujeme sterilně. Překryjeme ho nebo zabalíme do sterilního čtverce s desinfekcí. Pahýl udržujeme v suchu a čistotě a ponecháváme ho spontánní mumifikaci (Pánek, 2013). Po přerušení pupečníku balíme novorozence do teplé osušky (Klíma et al., 2016). Ihned kryjeme hlavičku, kde jsou největší tepelné ztráty (Šeblová et al., 2013). Novorozenci mají velmi malou schopnost termoregulace a hrozí podchlazení, které dramaticky zhoršuje jejich poporodní adaptaci (Smolková, 2014a). Jestliže



zaznamenáme u novorozence jakoukoliv poruchu základních životních funkcí, postupujeme dle postupů KPR (Smolková, 2014a).

5.1 Apgar skóre

Skóre Apgarové hodnotí stav novorozence bezprostředně po porodu (Dort, Dortová a Jehlička, 2018). Provádí se v 1., 5. a 10. minutě po narození (Straňák et al., 2015). Hodnotíme dýchání, srdeční akci, barvu kůže, svalový tonus a reflexy. (Liška, 2016b).

Nejvyšší možné skóre je 10 bodů, nejnižší pak 0 bodů. Fyziologický novorozenec má skóre 8-10 bodů (Dort, Dortová a Jehlička, 2018). Ztíženou adaptaci má novorozenec se 4-5 body, 0-3 body signalizují těžkou porodní asfyxií nebo jiný závažný problém. Hodnocení v 1. minutě spíše značí bezprostřední stav po narození. Nejkritičtější znakem z hlediska postižení novorozence nedostatkem kyslíku při porodu je velmi nízké skóre v 5. a především 10. minutě (Procházka a Pilka, 2018).

Nejdůležitějším komponentem pro zhodnocení stavu dítěte bezprostředně po porodu je přítomnost **akce srdeční** - hodnotíme ji auskultačně pomocí fonendoskopu těsně po porodu. Doporučuje se též využití EKG, které je výrazně rychlejší a přesnější. U **dýchání** posuzujeme jeho přítomnost (dýchá/nedýchá), frekvenci dýchání, gasping a symetrii dýchání (Liška, 2016b). Fyziologický novorozenec se spontánním **dýcháním** zpravidla do 30 vteřin zrůžoví, ale mírná cyanóza může být patrná i několik minut po porodu. Během porodu má dítě saturaci okolo 60 % a postupně stoupá na více jak 90 % v průběhu 10 minut (Liška, 2016a). Pokud novorozenec nezačne během 20 sekund po porodu efektivně dýchat, je neprokrvené (cyanotické) nebo jeho srdeční frekvence klesá pod 100/min, musíme předpokládat adaptační poruchu a neprodleně zahájit kardiopulmonální resuscitaci (Klíma et al., 2016). Novorozenec s dobrou bezprostřední poporodní adaptací má silný křik a postupně pokožka začíná růžovět. Fyziologická srdeční frekvence novorozence po porodu je přibližně 120-150/min (Smolková, 2014b).



Tab. 5 Tabulka pro hodnocení Apgar Skóre

Skóre	0 bodů	1 bod	2 body
Barva kůže	Bledá	Akrocyanóza	Růžová
Srdeční akce	Nepřítomná	Pod 100/min	Nad 100/min
Reflex	Bez odezvy na stimulaci	Grimasa	Kašel, křik
Svalový tonus	Chybí (atonie)	Ojediné pohyby končetin	Aktivně hýbe končetinami
Dýchání	Nepřítomné	Slabé, nepravidelné	Pravidelný křik/pláč

(zdroj: Procházka a Pilka, 2018)

Doporučená literatura

DORT, J., E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA. 2018. *Neonatologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství s nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

KLÍMA, Jiří et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.

LIŠKA, Karel. 2016a. Resuscitace a podpora poporodní adaptace novorozence – nová doporučení. In: *Neonatologické listy*. **22**(1), 3-11. ISSN 1211-1600.

LIŠKA, Karel. 2016b. Resuscitace novorozence. In: *Neonatologické listy*. **19**(1), 3-8. ISSN 1211-1600.

PÁNEK, Martin. 2013. Současné trendy v péči o novorozence. In: *Pediatric pro praxi*. **14**(6), 363-366. ISSN 1213-0494. STRAŇÁK, Zbyněk et al. 2015. *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3861-4.



6 Ošetření rodičky

Po ošetření novorozence a jeho stabilizaci ZŽF vyšetřujeme rodičku. Při pochybnostech i po naprosto fyziologickém porodu podáváme kyslík a doplňujeme tekutiny pomocí infuze. Vložkou rodiče překryjeme porodní cesty a kontrolujeme krvácení. Může být přítomnost slabého krvácení z poraněné hráze nebo pochvy. Jestliže je přítomné krvácení z viditelných míst na hrázi nebo pochvy můžeme poševní vchod tlakem tampónovat (Smolková, 2014a). Zástavu krvácení provádíme pevnou poševní tamponádou s použitím peroxidu (Frei et al., 2016). Pokud se placenta odloučí, vždy ji transportujeme spolu s rodičkou do porodnice. Při selhání ZŽF postupujeme dle postupů KPR (Smolková, 2014a).

Rodičku může na životě ohrožovat poporodní krvácení, neboli postpartální hemoragie. O postpartální hemoragii mluvíme v případě, že je krevní ztráta větší než 500 ml (Nutbeam a Boylan, 2013). V důsledku tohoto krvácení může dojít u rodičky k rozvoji hemoragického šoku. Proto včasné zajistíme žilní linku dvěma cévními vstupy s co největším průsvitem. Přiměřeně doplňujeme tekutiny koloidními a krystaloidními roztoky a zajistíme co nejrychlejší transport (Smolková, 2014b).

Doporučená literatura

SMOLKOVÁ, Andrea. 2014a. Život ohrožující stavy v těhotenství: část I. Pôrod v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti a zabezpečenie DC u tehotnej. In: *Urgentní medicína*. 17(2), 6-15. ISSN 1212-1924.

SMOLKOVÁ, Andrea. 2014b. Život ohrožující stavy v těhotenství: část II. Komplikácie gravidity, zastavenie obehu u tehotnej a KPR. In: *Urgentní medicína*. 17(3), 31-40. ISSN 1212-1924.



7 Vedení zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace obsahuje všechny podstatné anamnestické údaje, včetně záznamu o hodnocení poporodní adaptace novorozence dle Apgar skóre (Klíma et al, 2016). V dokumentaci uvádíme čas narození novorozence a jeho stav po porodu (Šeblová et al., 2013). Též zaznamenáváme, zda odešla smolka, a jestli novorozenec močí (Binder et al., 2011). Vždy se vyplňují 3 záznamy o výjezdu (jeden zůstává posádce ZZS, druhý se předává s rodičkou na gynekologické oddělení a třetí se předává spolu s novorozencem na novorozenecké oddělení) (Remeš et al., 2013).

Doporučená literatura

REMEŠ, Roman et al. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

ŠEBLOVÁ, Jana et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0596-0.



8 Transport do zdravotnického zařízení

Pokud jsou rodička a novorozenec po porodu v domácím prostředí stabilní, a provedli jsme u nich základní ošetření, můžeme je oba ihned transportovat do zdravotnického zařízení. Transport zahajujeme vždy až po přerušení pupečníku. Mohlo by totiž dojít k náhodnému přetržení s rizikem masivního krvácení. Na porod placenty se v přednemocniční péči nevyčkává. U obou pacientů monitorujeme ZŽF (Mixa, Heinige a Votruba, 2017). Opakovaně provádíme kontrolu, jestli rodička nekrváčí (Šeblová et al., 2013). Matku s dítětem předáváme obvykle na porodní sál a předáváme informace o průběhu porodu a stavu novorozence. Pokud byl novorozenec po porodu resuscitován nebo je i nadále nestabilní, žádáme ZOS o vyslání převozové služby pro novorozence, která disponuje vyhřívaným lůžkem a je technicky a personálně vybavena pro zajištění rizikového novorozence. Transport pak probíhá rovnou na oddělení jednotky intenzivní (a resuscitační) péče pro novorozence (Mixa, Heinige a Votruba, 2017).

Doporučená literatura

MIXA, V., P. HEINIGE A V. VOTRUBA, eds. 2017. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4643-5.

ŠEBLOVÁ, Jana et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0596-0.





9 Modelové situace

9.1 Modelová situace A

ZOS přijalo tísňovou výzvu, kdy si paní A. N. (31 let) volá ZZS pro silné kontrakce opakující se po 3 minutách a nauzeu. Na místo události byla vyslána posádka RZP.

Po příjezdu na místo se pacientka nachází v kuchyni, kde se zapírá rukama o jídelní stůl. Stěžuje si na bolest v kříži, podbřišku a má nutkavou potřebu tláčit. Před chvílí několikrát zvracela. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí jsou: TK 130/85 mmHg, P 105/min, SpO₂ 98 %, TT 36,6 °C. Alergie na penicilin. Bez trvalé medikace. Aktuální týden těhotenství je 39+2tt. Plodová voda odtekla cca před 10 hodinami. Byla čiré barvy, množství nedokáže odhadnout. Z předložené těhotenské průkazky zjišťujeme tyto údaje: primigravidita, HIV a HBsAg negativní, preventivní prohlídky bez komplikací, poloha plodu PPH PII. Jaké následující kroky provedete?

9.2 Modelová situace B

ZOS přijalo tísňovou výzvu, kdy partner rodičky volá ZZS, protože novorozenec bezprostředně po porodu v domácím prostředí nedýchá. Na místo události byly vyslány posádky RZP a RV. Jelikož nejbližší posádka RV je již na jiném výjezdu, je vyslána posádka z jiného města, kde dojezdový čas bude přibližně 15-20 minut.

Po příjezdu na místo posádka RZP zjišťuje, že novorozenec je v bezvědomí. Matka je při vědomí, bledá, vyčerpaná a lehce krvácí z porodních cest. Placenta je již odloučená, ale stále spojená s novorozencem. Dítě je na první pohled centrálně cyanotické, “hadrovité“, nereaguje na podráždění, nedýchá a monitor ukazuje P 39/min. Od otce dítěte máme informaci, že dítě je narozené 39+5tt. Jak budete dále postupovat?



Seznam použitých zdrojů

BINDER, Tomáš et al. 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČESKO. 2012. Vyhláška č. 296 ze dne 3. září 2012, o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 105, s. 3890-3897. ISSN 1211-1244.

DORT, J., E. DORTOVÁ a P. JEHLIČKA. 2018. *Neonatologie*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3936-9.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. 2012. *Intenzivní péče o novorozence*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství s nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-547-1.

FREI, Jiří et al. 2015. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0498-8.

HRUBAN, Lukáš et al. 2016. *Vaginální vedení porodu koncem pánevním*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-480-7.

KLÍMA, Jiří et al. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5014-9.

LIŠKA, Karel. 2016a. Resuscitace a podpora poporodní adaptace novorozence – nová doporučení. In: *Neonatologické listy*. **22**(1), 3-11. ISSN 1211-1600.

LIŠKA, Karel. 2016b. Resuscitace novorozence. In: *Neonatologické listy*. **19**(1), 3-8. ISSN 1211-1600.

MIXA, V., P. HEINIGE A V. VOTRUBA, eds. 2017. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4643-5.

NUTBEAM, Tim a Matthew BOYLAN. 2013. *ABC of prehospital emergency medicine*. Chichester: John Wiley&Sons Ltd. ISBN 978-0-470-65488-0.





PÁNEK, Martin. 2013. Současné trendy v péči o novorozence. In: *Pediatric pro praxi*. **14**(6), 363-366. ISSN 1213-0494.

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. 2018. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5322-4.

REMĚŠ, Roman et al. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

SMOLKOVÁ, Andrea. 2014a. Život ohrožující stavy v těhotenství: část I. Pôrod v prednemocničnej zdravotnej starostlivosti a zabezpečenie DC u tehotnej. In: *Urgentní medicína*. **17**(2), 6-15. ISSN 1212-1924.

SMOLKOVÁ, Andrea. 2014b. Život ohrožující stavy v těhotenství: část II. Komplikácie gravidity, zastavenie obehu u tehotnej a KPR. In: *Urgentní medicína*. **17**(3), 31-40. ISSN 1212-1924.

STRAŇÁK, Zbyněk et al. 2015. *Neonatologie*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3861-4.

ŠEBLOVÁ, Jana et al. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0596-0.

VLK, Radovan. 2015. Porod mimo zdravotnická zařízení. In: *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. **25**(3), 29-34. ISSN 1212-6152.





Seznam tabulek

Tabulka 1 Tabulka pro hodnocení Apgar skóre



Seznam obrázků

Obrázek 1	Těhotenský průkaz 1/2
Obrázek 2	Těhotenský průkaz 2/2
Obrázek 3	Porodnický balíček
Obrázek 4	Obsah balíčku pro rodičku
Obrázek 5	Obsah balíčku pro novorozence
Obrázek 6	Poloha rodičky k porodu
Obrázek 7	Prořezávající se hlavička plodu
Obrázek 8	Příprava plen k ošetření novorozence
Obrázek 9	Podvaz a přerušení pupečníku